

## LE LYMPHANGIOME KYSTIQUE DU SCROTUM A PROPOS D'UN CAS.

**Diakité M. L, Berthé H JG, Tembely A, Cissé M C, Maiga M, Diallo M, Diakité A, Ouattara K**

**Correspondance** : Dr Diakité Mamadou Lamine Cel : 66 54 33 41Mail : [dgogo20032003@yahoo.fr](mailto:dgogo20032003@yahoo.fr), [diakite.mlamine@hotmail.fr](mailto:diakite.mlamine@hotmail.fr) Service urologie CHU Point G

### RESUME

Le lymphangiome kystique est une affection relativement fréquente. La localisation au niveau du scrotum très rare. C'est une tumeur bénigne découverte lors d'un examen général ou de façon fortuite.

Les manifestations cliniques sont pauvres. Le diagnostic se fait à l'échographie et le traitement dans les cas de tumeur bien limitée et circonscrite, est une exérèse chirurgicale.

Nous rapportons le cas d'un enfant de 2ans qui s'est présenté aux urgences de chirurgie pour traumatisme des bourses. L'examen clinique et para clinique ont retrouvé une masse kystique. Après exérèse de cette masse l'examen anapath a conclu à un lymphangiome kystique.

**Mots clefs** : *scrotum, lymphangiome kystique, traitement.*

### ABSTRACT

The cystic lymphangioma is a relatively frequent affection. The scrotum is the least common sites. It is a benign tumor discovered during an examination or in a fortuitous way. The diagnosis is done with ultrasonography and the treatment of the limited and circumscribed cases, is a surgical excision.

We reported the case of a child of 2years old which was presented to the surgery emergency for the scrotum traumatism. The clinical and paraclinical exams founded a cystic mass. After mass excision, histopathology founded a cystic lymphangioma.

**Key words**: *scrotum, lymphangioma cystic, treatment.*

### INTRODUCTION

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne qui se développe sur le système lymphatique.

La localisation cervicale ou axillaire est la plus fréquente et la plus décrite respectivement 75% et 20% [6,19]. Mais il peut se localiser sur toutes les régions du corps. Sa découverte se fait généralement à la naissance.

La localisation scrotale est exceptionnelle [7, 10,13]. Sanogo n'a pas trouvé de localisation scrotale, dans sa thèse sur 36 patients colligés [19]. Il est rarement diagnostiqué à la naissance, sa découverte se fait soit lors d'un examen de routine : la palpation retrouve une masse kystique intra scrotale, soit lors des signes de complications (surinfections, compression ou infiltration des organes de voisinage).

L'échographie permet de poser le diagnostic et de déterminer l'ampleur des lésions, l'IRM permet aussi de poser le diagnostic.

La tumeur peut évoluer vers une infiltration des organes de voisinage surtout les vaisseaux sanguins et les nerfs ce qui rend son exérèse totale difficile. Cette évolution peut être marquée aussi par une augmentation disgracieuse du volume de la tumeur, qui peut s'étendre vers la racine de la cuisse et la région hypogastrique et entraîner une impotence fonctionnelle.

C'est une tumeur de bon pronostic, car elle est bien circonscrite, et d'exérèse chirurgicale facile.

Des nouvelles thérapeutiques sont décrites actuellement, notamment l'irradiation répétée aux rayons X, les aspirations et l'injection d'agents sclérosants [5].

Dans la littérature il existe peu d'écrits sur cette tumeur, surtout sa localisation scrotale.

Cette tumeur dans sa localisation scrotale est exceptionnelle, donc très souvent méconnue, elle est découverte lors des complications. Elle doit être évoquée devant toutes grosses bourses chez l'enfant. Diagnostiqué plus tôt le traitement chirurgical est facile (exérèse totale). Mais le traitement des formes compliquées est très souvent incomplets et donne lieu à des récides et à des cicatrices disgracieuses.

**CAS REPORTE** : Enfant de 2ans sans antécédents particuliers, reçu aux urgences de chirurgie pédiatrique pour une notion de traumatisme testiculaire gauche d'une semaine.

L'examen, des testicules a été normal et non douloureux, il existe par ailleurs un hématome scrotal gauche.

L'échographie a retrouvé des testicules d'aspect normal et d'échostructure homogène, il existe autour du testicule gauche une formation multicloisonnée contenant des logettes anéchogènes et d'autres finement échogènes. Cette formation présente des cloisons fines, faiblement vascularisées.

Enfant revu dix jours après : l'examen des testicules a été toujours normal, la palpation a retrouvé une formation d'aspect bleuté polylobé intra scrotal. Le contrôle échographique (**fig1**) a été en faveur d'un lymphangiome kystique scrotal de taille modérée.

L'indication d'exérèse chirurgicale a été posée pour prévenir son évolution. L'évolution spontanée de cette lésion se faisant vers la surinfection, la prise de volume et la réaction inflammatoire.

**Protocole opératoire :** sur un abord inguinal gauche, nous avons disséqué le cordon spermatique avec résection de la vaginale. Nous avons extériorisé un volumineux lymphangiome du scrotum qui a été réséqué en masse au contact de la paroi scrotale et à partir de la cloison interscrotale jusqu'au pubis. Nous avons terminé par un abaissement et une fixation du testicule à la cloison médiane des bourses. Nous avons mis en place un drainage scrotal et inguinal. L'examen anatomo-pathologie de la pièce a confirmé le diagnostic

### COMMENTAIRES

Les lymphangiomes sont des tumeurs bénignes résultant d'une malformation congénitale du système lymphatique.

Cinquante pour cent de ces tumeurs sont présents à la naissance et 90% apparaissent avant l'âge de 2 ans [2]. L'âge de notre patient est de 2ans. Dans la littérature, nous avons retrouvés des apparitions tardives : Yavuz D et al, [10] ont découvert, un lymphangiome chez un patient de 21ans.

Les lymphangiomes se forment dans 95% dans l'aisselle ou au cou. Certains auteurs ont retrouvés des localisations dans le médiastin, le mésentère, le rétro péritoine, les cuisses ou les fesses [14,19].

La localisation au niveau du scrotum comme chez notre patient est très rare, le diagnostic est difficile avant l'intervention. Sanogo ne retrouve pas de localisation scrotale dans sa thèse sur 36 patients colligés 6ans [19].

La masse infiltre habituellement les tissus adjacents et des structures avoisinantes importantes comme les nerfs, les vaisseaux et les uretères, rendant l'exérèse chirurgicale radicale difficile. Si cette exérèse n'est pas complète, le taux récurrence peut être élevé, [7, 17,18]. Chez notre la tumeur était bien circonscrite, ce qui a rendu aisé l'exérèse chirurgicale chez notre patient.

Histologiquement, on distingue trois types de lymphangiome : le lymphangiome capillaire, le lymphangiome caverneux, et le lymphangiome kystique [13]. Habituellement, les trois types coexistent dans la même lésion [2].

Flanagan et al [4] ont distingués deux types de lymphangiomes cutanés : le lymphangiome circonscrit limité à la partie superficielle du derme, et le lymphangiome caverneux, impliquant le derme profond et le tissu cellulaire sous-cutané.

La présence de lymphangiome au niveau du scrotum, est fortement évocatrice de lymphangiome caverneux [5].

L'examen anatomopathologique de la pièce chez notre patient a retrouvé des formations lymphatiques kystiques au sein de la masse Cliniquement : le lymphangiome se manifeste généralement comme une masse indolore,

bosselée, multikystique ou multiloculaire. A la palpation la masse peut être molle et spongieuse ou ferme et tendue. L'augmentation brusque du volume de la masse est due généralement à une infection ou à un traumatisme [5]. Chez notre patient le lymphangiome a été découvert après un traumatisme fermé des bourses.

L'agression de l'organisme entraîne une surproduction de la lymphe d'où l'augmentation du volume de la tumeur. Le Lymphangiome peut être associé à un lymphoedème du membre inférieur [15,16,].

La localisation au niveau du scrotum peut poser le problème de diagnostic différentiel avec un hydrocèle, un hématocele, une hernie inguinale, un varicocèle, un spermatocele, ou un kyste dermoïde [14]. L'échographie est l'examen fondamental pour poser le diagnostic. Elle permet aussi de rechercher une malformation lymphatique sous-jacente, de déterminer l'étendue du lymphangiome [5,13].

L'image typique est une masse kystique multiloculaire [13]. Il est important d'explorer les régions inguinale, et périnéale, à la recherche d'autre localisation ou une extension [13].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est également utile. Elle permet d'évaluer la masse kystique, mais surtout de déterminer la relation entre la lésion kystique et les structures de voisinage notamment vasculaires et les tissus mous [2,19].

Le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale, comme nous l'avons pratiqué chez notre patient. Cette exérèse doit être aussi large que possible, car des récurrences ont été décrites après une exérèse incomplète de la tumeur [1].

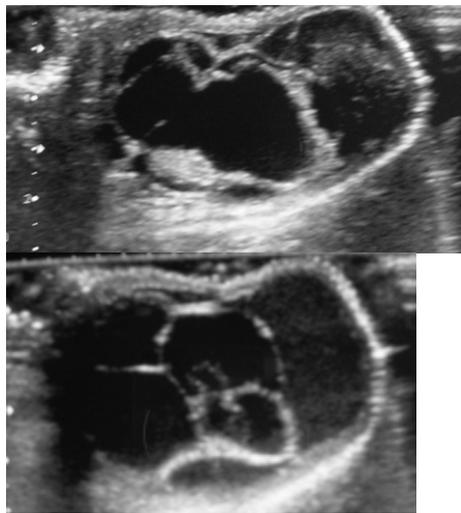
D'autres alternatives thérapeutiques ont été signalées notamment : l'irradiation répétée aux rayons X, les aspirations et l'injection d'agents sclérosants, a été étudié avec des résultats variables et des effets secondaires locaux ou systémiques considérables [5].

Les tumeurs circonscrites et bien limitées sont d'exérèse chirurgicale facile comme cela a été le cas de notre patient. Mais les tumeurs très étendues et mal circonscrites, l'exérèse complète est très difficile. Ceci explique les taux élevés de récurrence, mais aussi de morbidité retrouvé par certains auteurs [7, 17,18]. Ces mêmes auteurs signalent la mauvaise cicatrisation de la plaie qui conduit souvent à de mauvais résultats inesthétiques. La solution OK-432 est un mélange de *Streptococcus pyogenes* du groupe A de l'homme en incubation lyophilisée. Elle a été utilisée avec succès avec Ogita et al. [8], Keiichi U et al. [6], pour le traitement d'un lymphangiome retroperitonéal étendue au flanc et dans le scrotum.

Egan et coll. [3] ont décrits le traitement au laser avec le dioxyde de carbone. Cette modalité de traitement doit être réservée seulement aux lésions superficielles et les petites vésicules [10]. Elle laisse des cicatrices minimales, et a un taux de récurrence moins élevé [11,12].

### CONCLUSION

Le lymphangiome scrotal est très rare. Il doit être évoqué devant toute masse du scrotum chez l'enfant, en vue de poser le diagnostic. Son évolution peut se faire l'augmentation de la masse, voire des complications infectieuses. Le traitement est chirurgical. Son exérèse doit être complète pour prévenir les récurrences



**Fig1** : Images d'échographie testiculaire du patient.

### REFERENCES

1. Browse NL, Whimster I, Stewart G et al. Surgical management of lymphangioma circumscriptum. Br J Surg 1986; **73**:585-588.
2. Hamada Y, Yagi K, Tanano A et al. Cystic lymphangioma of the scrotum. Pediatr Surg Int 1998; **13**:442-444.
3. Egan CA, Rallis TM, and Zone JJ: Multiple scrotal lymphangiomas (lymphangiectases) treated by carbon dioxide laser ablation. Br J Dermatol 1998; **139**: 561-562.
4. Flanagan BP, Helwig EB. Cutaneous lymphangioma. Arch Dermatol 1997; **113**:24-30.
5. Jelica Vikicevic, Ph.D., Danica Milobratovic, M.D., Vojkan Vukadinovic, Ph.D., Zoran Golubovic, Ph.D. and Zoran Krstic, Ph.D : Lymphangioma Scroti. Pediatric Dermatology 2007; **24**: 6 654-656.
6. Keiichi U, Mikihiro I, Toshimitsu A, Chikao M, and Masato K: Huge scrotal, flank, and retroperitoneal lymphangioma successfully treated by OK-432 sclerotherapy. J of Urol 2002; **60**: 1112xxiv-1112xxvi, 7. Ogita S,

Tsuto T, Deguchi E, et al: OK-432 therapy for unresectable lymphangiomas in children. J Pediatr Surg 1991; **26**: 263-268.

8. Ogita S, Tsuto T, Tokiwa K, et al: Intracystic injection of OK-432: a new sclerosing therapy for cystic hygroma in children. Br J Surg 1987; **74**: 690-691,

9. Ogita S, Tsuto T, Nakamura K, et al: OK-432 therapy for lymphangioma in children: why and how does it work? J Pediatr Surg 1996; **31**: 477-480.

10. Yavuz D, Osman Latifoglu, Sibel Yenidun, and Kenan A: Extensive lymphatic malformation of penis and scrotum. J of Urol 2001; **58**: 106xviii-106xx.

11. Weingold DH, White PF, and Burton CS: Treatment of lymphangioma circumscriptum with tunable dye laser. Cutis 1990; **45**: 365-366.

12. Manders EK, Egan N, and Davis TS: Elimination of lymphangioma circumscriptum by suction assisted lipectomy. Ann Plast Surg 1986 ; **16**: 532-534.

13. Hurwitz RS, Shapiro E, Hulbert WC et al. Scrotal cystic lymphangioma: the misdiagnosed scrotal mass. J Urol 1997; **158**:1182-1185.

14. Chung HJ, Chen KK, Lin ATL et al. Lymphangioma of male exogenital organs. J Chin Med Assoc 2004; **67**:204-206.

15. Yagmurlu A, Gokcora IH, Duran E et al. A children's disease of rarity: "scrotal lymphangioma circumscriptum." Int Urol Nephrol 2004; **36**:229-233.

16. Gupta S, Radotra BD, Javaheri SM et al. Lymphangioma circumscriptum of the penis mimicking venereal lesions. J Eur Acad Dermatol Venereol 2003; **17**:598-600.

17. Yasui T, Akita H, Sasaki S, et al: Cystic lymphangioma of retroperitoneum and groin. Urol Int **64**: 115-117, 2000.

18. Hancock BJ, St-Vil D, Luks FI, et al: Complications of lymphangiomas in children. J Pediatr Surg 1992; **27**: 220-224.

19. Sanogo M. Alcoolisation des lymphangiomes kystique chez l'enfant Thèse médecine Bamako 2008

20. Irvine AD, Sweeney L, Corbett JR. Lymphangioma circumscriptum associated with paravesical retroperitoneal lymphangioma. Br J Dermatol 1996; **134**:1135-1137.